

Poszkodowany	Imię, nazwisko		PESEL
	Adres		
Numer polisy	Telefon		Rodzaj wykonywanej pracy / uprawianej dyscypliny sportowej
	Imiona i nazwiska rodziców lub opiekunów (w przypadku Poszkodowanego małoletniego)		
Wypadek i leczenie wypadkowe	Data, godzina i miejsce wypadku	dzień, miesiąc, rok	godzina, minuta
Świadkowie wypadku	Imiona, nazwiska, adresy		
	Okoliczności i przebieg wypadku		
Poszkodowany*	był* <input type="checkbox"/> nie był* <input type="checkbox"/> trzeźwy		
Uszkodzenia ciała spowodowane wypadkiem			
Informacje odnośnie udzielenia pierwszej pomocy medycznej	Kiedy (data i godzina), gdzie i kto udzielił pomocy bezpośrednio po wypadku		
Leczenie powypadkowe	Nazwy i adresy placówek medycznych, gdzie prowadzono leczenie powypadkowe		

miejsowość, data		podpis Poszkodowanego	
Ubezpieczający	Imię, nazwisko, nazwa		pieczęć Ubezpieczającego
	Adres		
Potwierdzenie ubezpieczenia	Poszkodowany jest objęty:* <input type="checkbox"/> ubezpieczeniem zbiorowym w okresie od <input type="text"/> do <input type="text"/>		deklaracja zgody z dnia <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> ubezpieczeniem grupowym		
Wypadek wydarzył się*		<input type="checkbox"/> w pracy	<input type="checkbox"/> w drodze do pracy lub z pracy
		<input type="checkbox"/> w życiu prywatnym	

miejsowość, data		pieczęć imienna i podpis Ubezpieczającego	
Załączniki do zgłoszenia szkody*	<input type="checkbox"/> dokument medyczny z udzielenia pierwszej pomocy medycznej potwierdzający zaistnienie wypadku w danym dniu	<input type="checkbox"/> dokumentacja medyczna z leczenia powypadkowego w poszczególnych placówkach medycznych w liczbie <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> protokół policyjny
	<input type="checkbox"/> rachunki w liczbie <input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> inne <input type="text"/> podać jakie		
Przyznana kwotę proszę*	<input type="checkbox"/> przelać na konto	w Banku <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> przesłać pocztą na adres	ulica, nr domu, nr mieszkania <input type="text"/>	
		kod pocztowy	miejsowość

Wypełnia pracownik UNIQA TU S.A.

Zgłoszenie szkody i zakreślone załączniki do zgłoszenia szkody zostały przyjęte w dniu

pieczęć i podpis przyjmującego zgłoszenie